

İSİM : Cins : Boy :
ADRES : Yaş : Kilo :
..... Meslek:.....
TELEFON : Referans:.....

BÖLGE:

ALERJİ

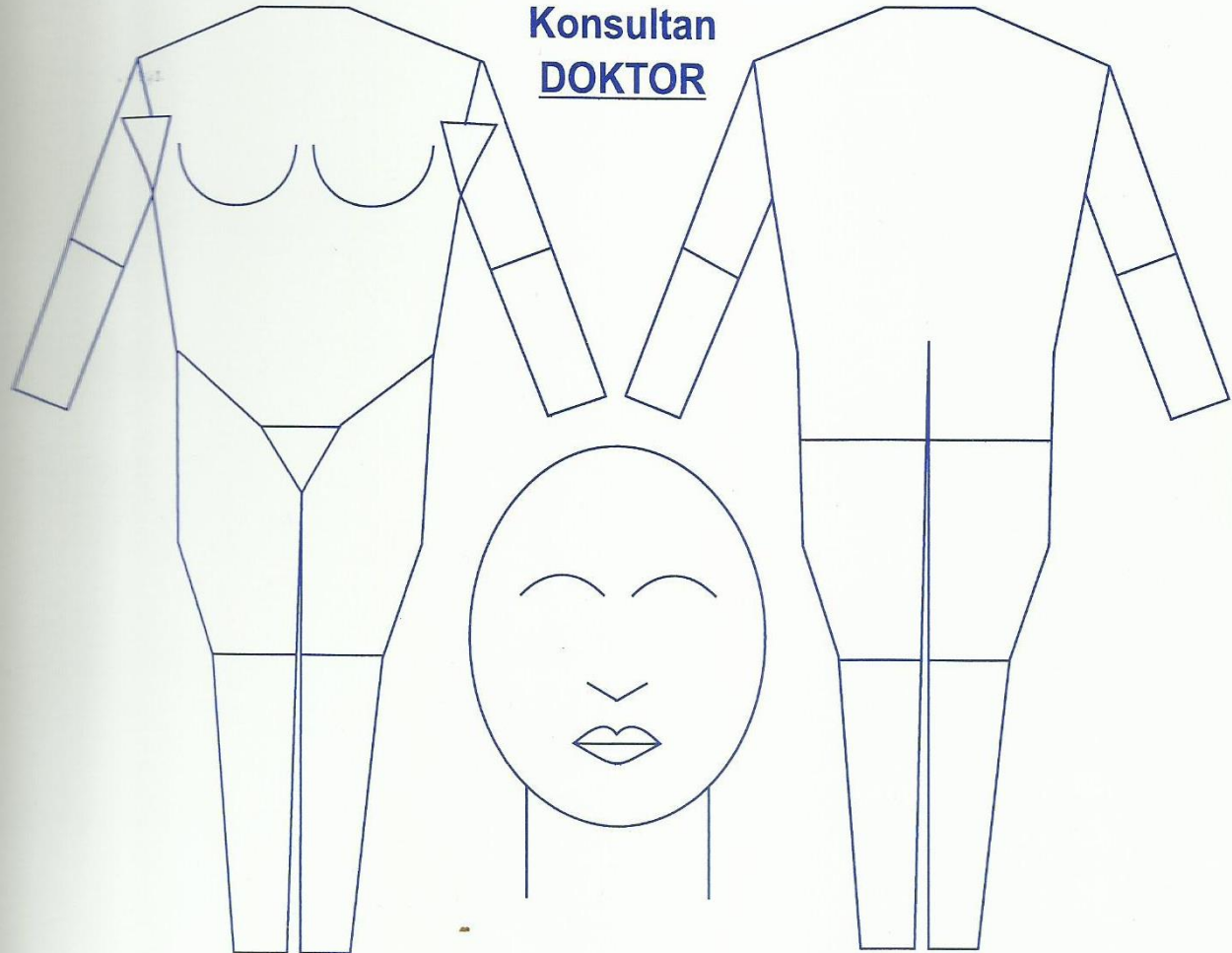
YANDAŞ HASTALIKLAR

Cilt Hst. Blabet Tiroid Hormon Bozuklukları Kadın Hastalıkları

DİĞER:

KULLANILAN İLAÇLAR

GENEL MUAYENE BULGULARI :



ESTETİK PLASTİK CERRAHİ KAVİTASYON İŞLEM KARTI

Dokuman No:	POL.FR.14
Yayın Tarihi:	14.11.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/2

Bu bölüm kavitasyon gerçekleştiren uzman tarafından doldurulacaktır.

	Ölçü	Seans	Tarih	Süre (dk)	Not	Ücret	İmza
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							
önce							
sonra							

SONUÇ :

Bu karttaki bilgilerin doğruluğunu yapılacak işlemle ilgili tüm gerekli bilgilerin bana verildiğini, yapılacak olan kavitasyonla ilgili işlem ve girişimlerin, tüm sorumluluğun bana ait olduğunu onaylıyorum.

İmza